Digitized by the Internet Archive
in 2016 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b28747471

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 202.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 10 *décembre* 1846,

Par RAOUL DESTREM,

né à Carcassonne (Aude),

Élève de l'École pratique des hôpitaux et hospices civils de Paris,
Interne de l'Hôtel-Dieu de Poitiers,
Lauréat de l'École de Médecine de Poitiers (1re Médaille, concours de 1843; 1re Médaille, concours de 1844),
Préparateur de Chimie et d'Histoire naturelle de la même École,
Membre correspondant de la Société de Médecine de Poitiers.

ANGINES LARYNGÉES

OU

MALADIES DU LARYNX.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

1846

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

	MM.
M. ORFILA, DOYEN.	
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	P. BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA, Président.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY aîné.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	BLANDIN.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. CHOMEL. BOUILLAUD. ROSTAN, Examinateur.
Clinique chirurgicale	ROUX. J. CLOQUET. VELPEAU. .....
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BARTH, Examinateur.
BEAU.
BÉCLARD.
BEHIER.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
L. FLEURY.
J.-V. GERDY.
GIRALDÈS.
GOSSELIN.
GRISOLLE.
MAISSIAT.
MARCHAL.
MARTINS.
MIALHE.
MONNERET, Examinateur.
NÉLATON.
NONAT.
SESTIER.
A. TARDIEU.
VOILLEMIER.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MA BONNE MÈRE.

A MON PÈRE.

Pour son amour et ses sacrifices si généreux,
gage de piété filiale.

R. DESTREM.

A MES ANCIENS PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS,

ET EN PARTICULIER

A MM. GAILLARD ET ORILLARD.

Témoignage de respect et de reconnaissance.

R. DESTREM.

ANGINES LARYNGÉES.

C'est avec égale sollicitude que le médecin porte son attention sur les moyens à opposer aux premiers symptômes d'une maladie, et sur ceux qu'il devra mettre en usage si les accidents parviennent à leur dernier période.

Sous le nom d'*angine*, on désignait autrefois toute maladie de l'arrière-gorge (des amygdales, du voile du palais, du pharynx, de la glotte, du larynx, etc.) qui mettait obstacle à la respiration ou à la déglutition, que cette maladie occupât une seule ou qu'elle s'étendît à plusieurs de ces parties. Comme, dans tous les cas, le malade ressentait de la douleur à la gorge, et, si elle devenait intense, se croyait et était quelquefois en effet menacé de suffocation, le nom commun d'angine (de *angere*, étrangler) s'étendit à plusieurs maladies qui différaient par leur siége, leur nature et leurs suites. Plus tard, on circonscrivit la question quant à la nature (l'inflammation), mais on l'étendit quant au siége; car on voulut comprendre sous un même nom l'inflammation des organes placés entre l'isthme du gosier, d'une part, et l'origine des bronches ou le cardia, d'autre part. Ainsi l'œsophagite, la laryngite, la trachéite... furent rangées parmi les angines.

Mais nous pensons qu'il convient de réserver le nom d'*angine*, *maladie de gorge, esquinancie,* à certaines affections ayant leur siége à la région occupée par les organes supérieurs de la déglutition et de

la respiration. Cette région comprend l'isthme du gosier, le pharynx et le larynx, d'où la division en *angines gutturales*, comprenant les affections de l'isthme du gosier et du pharynx, et *angines laryngées* ou *laryngites*, relatives aux maladies qui affectent le larynx. Toutefois on a conservé encore le nom d'*angine de poitrine* à une maladie de toute autre nature, mais peu connue. Nous n'avons l'intention de nous occuper ici que des angines laryngées; mais comme les angines gutturales sont en général plus fréquentes et mieux connues des médecins physiologistes, nous rapprocherons quelquefois ces affections de même nature pour que la connaissance de l'une serve de lumière précieuse pour celle qui est profondément placée, plus difficile à étudier.

Certains médecins ne connaissent bien que les laryngites simples, et s'il s'agit d'une maladie qui s'éloigne un peu de ce cadre, ils ne veulent pas l'admettre ou bien ils n'agissent qu'avec hésitation, perdent du temps, emploient mollement les bons moyens ou les mauvais, de manière à fatiguer, user leur malade; et puis si on tente un moyen extrême, une opération qui réussirait si le malade avait été bien traité, dans ce cas le malade meurt le plus souvent; tandis qu'un bon traitement préalable laisse au malade plus de forces, tout en combattant mieux le mal, et réussit bien plus souvent, qu'il faille ou non en venir à un moyen extrême. Ainsi, pourquoi M. Trousseau a-t-il sauvé par la trachéotomie presque tous les malades que M. le docteur Blache lui a présentés? C'est parce que M. Blache, avant l'opération, avait traité la maladie avec l'habileté qui le caractérise dans la médecine des enfants.

Pour ne pas être de ces médecins timides, nous avons passé plusieurs années dans les hôpitaux des enfants, auprès de ces maîtres à qui une grande expérience a beaucoup appris et a donné une hardiesse, une sûreté d'action qui ne laisse rien échapper et tire parti des moindres ressources par les moyens légers ou violents employés avec égale certitude et à temps.

Il ne nous est pas permis de traiter ici *ex professo* les angines

laryngées et de reproduire toutes les opinions professées, le sujet est trop vaste ; mais nous allons essayer d'en présenter le tableau succinct et tel qu'il suffit à un médecin de l'avoir présent à l'esprit quand il traite une affection du larynx, passant brièvement sur les points qui n'offrent pas de difficulté et nous efforçant de tracer par les traits les plus frappants leur diagnostic différentiel et d'exposer sûrement leur nature diverse et par suite leur traitement. Enfin, sans négliger de les considérer chez l'adulte, nous les étudierons avec plus de soin chez les enfants ; car ces maladies, en général si graves, sont chez eux plus fréquentes et bien plus dangereuses, parce qu'elles marchent plus vite et qu'on n'est souvent averti de leur existence que lorsque déjà elles ont fait de grands progrès.

Nous suivrons, en la modifiant un peu, la classification de M. Cruveilhier, parce qu'elle repose sur l'anatomie pathologique et en même temps sur les symptômes et la nature de ces maladies. Nous y rattacherons une partie de la classification proposée par M. Andral, sans cependant prendre pour seul caractère distinctif d'espèce la rougeur érythémateuse de la muqueuse ou son gonflement, qui sont en général deux symptômes d'une laryngite simple.

Nous ne croyons pas plus devoir distinguer une laryngite par le seul caractère fonctionnel de la sécrétion de mucus ou de pus (*l. avec sécrétion de mucus*, ou *l. avec sécrétion de pus*), et ranger dans une même description toutes les laryngites avec sécrétion de pus ou de mucus; mais nous pensons, avec une plus grande extension encore, qu'il est impossible de présenter un tableau général des désordres fonctionnels qui doivent résulter de toutes les maladies du larynx. En effet, les symptômes sont ici la traduction exacte des lésions anatomiques si variées, de sorte que pour interpréter fidèlement les faits observés, il est nécessaire d'établir autant d'espèces dans l'angine laryngée qu'il y en a dans les altérations auxquelles cette affection donne naissance. Nous allons ranger toutes les maladies du larynx dans un cadre avec lequel s'accorderont les opinions de MM. Bretonneau, Trousseau, Guersant, Andral, et de la plupart des médecins.

I. LARYNGITE MUQUEUSE AIGUE.

§ 1er. *Laryngite catarrhale simple.*

La laryngite catarrhale ou catarrhe laryngien est cette inflammation de la muqueuse laryngienne qui, comme tous les catarrhes, a pour résultat ordinaire une sécrétion abondante de mucosités; elle présente une foule de variétés, depuis cet enrouement léger qui fixe à peine l'attention du praticien, jusqu'à l'inflammation très-intense qui compromet plus ou moins immédiatement la vie du malade. Le danger de la laryngite catarrhale, comme d'ailleurs celui de toutes les laryngites, est dû, non à l'inflammation en elle-même, mais à son siége. Le larynx servant de tuyau pour le passage de l'air, et ce tuyau étant considérablement rétréci pour le placement de l'appareil vocal ou glotte, il en résulte que le moindre épaississement de la muqueuse, la plus petite couche de mucosités ou de concrétions pseudomembraneuses peut, en rendant l'accès de l'air très-difficile, amener tous les symptômes de l'asphyxie; tandis qu'une inflammation, même plus intense et plus étendue, placée de manière à ne pas gêner l'entrée de l'air, serait exempte de toute gravité: ainsi l'inflammation de la trachée et des grosses bronches. Et n'est-ce pas à raison de la plus grande étroitesse de la glotte chez l'enfant et de la difficulté de l'expuition, qu'une laryngite au même degré a des résultats beaucoup plus fâcheux que chez l'adulte?

Causes. — L'étiologie de la laryngite est, sous beaucoup de rapports, celle des angines en général, et elle est si connue que je n'en dirai que peu de chose. Il est des causes qui agissent directement sur le larynx : ainsi l'inspiration d'un air très-froid ou très-chaud, ou chargé de vapeurs irritantes, une course faite contre le vent, le contact de liquides trop chauds qui touchent le larynx dans la déglutition, le refroidissement des pieds ou de la région cervicale pendant

que le corps est en sueur. Il est très-fréquent de voir la laryngite se développer après la répétition des actes qui congestionnent les organes respiratoires, comme la déclamation, le chant, les cris, la ventriloquie; c'est en effet la maladie des acteurs, des chanteurs et des enfants qui crient sans cesse. Elle survient aussi pendant la maladie d'autres organes, par continuité de tissu, comme on le voit dans l'inflammation des bronches, du pharynx, ou par sympathie, à l'époque des premières règles. Cette maladie est fréquente chez les enfants, un peu moins chez les nouveau-nés; mais certains individus offrent, jusque dans l'âge mûr, une singulière tendance à contracter un grand nombre de fois l'inflammation du larynx. Quelques constitutions atmosphériques la répandent d'une manière épidémique.

Anatomie pathologique. — Il n'est pas rare de voir succomber les très-jeunes enfants à la laryngite catarrhale. Chez eux on a trouvé la muqueuse du larynx rouge, tuméfiée, ramollie, tapissée par des mucosités épaisses, collantes; dans quelques cas où la maladie a duré longtemps, si l'enfant a perdu beaucoup de sang, la rougeur peut ne pas exister. On n'a peut-être pas d'exemple d'adultes morts de laryngite aiguë; mais lorsqu'on a fait l'autopsie d'adultes ayant succombé à une pneumonie ou à toute autre maladie, pendant le cours d'une laryngite, le larynx a présenté une rougeur et une tuméfaction de la membrane muqueuse, accompagnées souvent d'infiltration séreuse ou séro-purulente des replis aryténo-épiglottiques.

M. Cruveilhier a rencontré du pus libre dans l'angle rentrant du cartilage thyroïde, une fois un véritable abcès dans le repli épiglotti-aryténoïdien droit, et une autre fois tous les follicules du larynx enflammés, de telle sorte que la surface présentait une multitude de petites ulcérations superficielles. Mais observons que c'était dans des cas de rougeole et de fièvre typhoïde, ce qui nous porte précisément à distinguer ces sortes spéciales de laryngite aiguë; car la laryngite catarrhale simple ne cause jamais ces désordres profonds.

Symptômes, marche, diagnostic et pronostic. — La laryngite présente une foule de variétés, depuis l'irritation bénigne, légère, qui n'occasionne qu'un peu de gêne, un peu d'enrouement, une indisposition éphémère, se dissipant souvent sans le secours de l'art, jusqu'à l'angine suffocante. Lorsque l'inflammation est forte, quelques prodromes, tels que du malaise, un frisson, un mouvement fébrile, signalent le début de la maladie, le larynx est le siége d'une douleur et d'une chaleur plus ou moins vives; la pression des doigts sur cet organe, le passage du bol alimentaire pendant la déglutition, augmentent la sensation douloureuse. La respiration est pénible et fréquente. Mais le symptôme pathognomonique et commun à toutes les laryngites, c'est l'altération de la voix, qui devient rauque, voilée, grave, lorsque l'inflammation a peu diminué les dimensions de la glotte; aiguë, éteinte même, lorsque le rétrécissement est plus considérable. La toux subit, comme la voix, diverses mutations; rouge d'abord, elle devient plus tard aiguë, douloureuse, stridente. Cette toux laryngée est sèche dans le commencement; mais après quelques jours, chez les adolescents et les adultes, elle s'accompagne ordinairement de l'expectoration de mucosités blanchâtres, spumeuses, et quelquefois striées de sang rouge. Bien que la toux soit très-fatigante pour les malades, ils ne cherchent pas à la comprimer, dans le vain espoir d'amener au dehors ce qui les gêne dans la gorge. Dans quelques cas graves, la faible quantité d'air introduit devient insuffisante à l'entretien de la vie, et l'accroissement de la dyspnée fait éprouver aux malades des accès de suffocation convulsive, durant lesquels l'impossibilité de la phonation ajoute à l'anxiété des souffrances. On voit souvent ces symptômes de suffocation chez les enfants à la mamelle pendant l'action de teter; ils sont causés probablement par quelques gouttes de lait tombées dans le larynx. Dans toutes les laryngites un peu graves, il y a fièvre, chaleur générale et injection du visage en rapport avec l'inflammation.

La marche de cette maladie est quelquefois si rapide, qu'en vingt-quatre heures la vie du malade en est menacée. Le début peut ne con-

sister qu'en un fort accès de suffocation; mais le plus souvent elle est précédée pendant plusieurs jours d'aphonie ou de raucité dans la voix, et la toux dure quatre à cinq jours et se termine par résolution, quelquefois après une abondante expectoration de mucosités, ou passe à l'état chronique. Très-souvent l'inflammation qui avait débuté au larynx ou lui avait été communiquée par les fosses nasales et le pharynx, se propage, en abandonnant ces organes, vers les bronches, et même jusqu'au tissu pulmonaire. Dans quelques circonstances, la phlegmasie occupe toutes ces parties des voies aériennes. Il est à remarquer que chez beaucoup d'individus la voix reste voilée après la guérison d'une laryngite, et cette aphonie, qui, comme l'aphonie nerveuse, se concilie avec la santé, pourrait se confondre avec l'aphonie des laryngites chroniques, si on oubliait les signes de ces maladies.

On pourrait confondre la laryngite catarrhale avec les symptômes dus à la présence d'un corps étranger introduit dans le larynx pendant la déglutition; mais les accidents que détermine un corps étranger dans le larynx, sont une irritation immédiate fort vive, une toux convulsive, un râle pénible, puis suspension de ces phénomènes alarmants pendant un certain temps; le calme cesse chez les enfants en excitant le rire. La cause d'ailleurs ne tarde pas à être connue. On peut encore prendre une laryngite pour un pseudo-croup, ou même un vrai croup; mais le pseudo-croup, comme les accidents d'un corps étranger, sont remarquables par l'instantanéité de leur apparition, l'éclat de la toux, l'état convulsif, sans prodromes jamais; et de plus, dans le pseudo-croup, l'intermittence est suivie d'un accès moins grave que le premier. La méprise peut être très-facile avec le croup, car il ressemble surtout, durant un jour ou deux, à une laryngite sans fausse membrane; et dans l'une et l'autre maladie la toux peut être croupale; mais dans le croup il y a bientôt expectoration de fausses membranes, la respiration fait entendre un sifflement laryngien, les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. Si la difficulté de la déglutition faisait croire à une angine pharyngienne ou gutturale, l'examen de l'arrière-bouche lèverait tous les doutes.

Le pronostic de la laryngite varie en raison de la dypsnée et surtout de l'âge du sujet, et on attribue plus de gravité à une laryngite qui a été annoncée par des prodromes.

Traitement. — Le repos de l'organe malade est la première indication : garder le silence et résister le plus possible au besoin de tousser. En même temps, on a recours à un traitement antiphlogistique proportionné à la gravité de l'inflammation, et la saignée générale est toujours, autant que possible, préférée aux sangsues; des boissons émollientes, gargarismes adoucissants; des pédiluves sinapisés. L'air que respirera le malade devra être chaud et humide, ce qu'on obtiendra en chauffant sa chambre et en y faisant vaporiser de l'eau. Chaleur sèche autour du cou, à l'aide de fourrures ou d'étoffes ouatées. Le vomitif rend de grands services lorsqu'il y a des râles muqueux, surtout chez les enfants. Le vésicatoire sur le cou n'est pas utile, l'application d'un sinapisme ou de compresses chargées d'essence de térébenthine est bien préférable. Enfin, dans certaines laryngites suffocantes, on ne sauve les malades que par la trachéotomie, à moins que la suffocation ne tienne à l'abondance de mucosités puriformes contenues dans le larynx et desséchées à son entrée; alors on évite la trachéotomie par de puissants vomitifs, ou par l'introduction d'une barbe de plume vers l'entrée du gosier et répétée jusqu'à produire des angoisses et des efforts violents de vomissement; presque toujours les mucosités sont rejetées. Mais chez l'enfant à la mamelle, il y a quelques soins particuliers à prendre : ne donner le sein que peu longtemps à la fois; les cataplasmes chauds aux pieds tiennent lieu de sinapismes, et une ou deux sangsues au-dessous de la clavicule sont les seules émissions sanguines possibles. En général, pour prévenir une récidive, ou le passage de la laryngite à l'état chronique, on doit continuer les soins hygiéniques au malade tout le temps que persiste l'aphonie, qui avertit par sa durée de la susceptibilité du larynx longtemps après cette affection.

§ 2. *Laryngites spécifiques.*

Sous ce titre nous rangerons les laryngites qui accompagnent presque toujours la scarlatine, la variole, la rougeole, la fièvre typhoïde, le muguet, les aphthes. la syphilis... et l'administration de certains médicaments, tels que mercure, iode, des narcotiques, des irritants... Ces laryngites ne nous paraissent pas avoir été assez bien distinguées des laryngites simples par les auteurs, et méritent cependant d'en être séparées par plusieurs raisons : elles ne se développent pas sous l'influence d'une cause purement inflammatoire ; il y a quelque chose de plus, car elles compliquent et sont un accompagnement presque constant de maladies générales qu'on dit avoir une nature spéciale; et si chacune a sa nature propre, fixe, spécifique, elle doit imprimer à chaque organe qu'elle attaque une modification particulière en rapport avec sa nature; c'est ce qui a lieu, en effet, puisque les lésions anatomiques varient avec chacune; la plupart causent des désordres plus profonds, attaquent le tissu cellulaire sous-muqueux, les cartilages, produisent souvent des ulcérations, des abcès, des points gangréneux et des fistules... Pour faire admettre les laryngites spécifique, scarlatineuse, variolique, typhoïde, etc., il nous suffira de dire un mot de chacune d'elles en citant brièvement des observations et des opinions qui méritent toute confiance.

Les noms de *scarlatine angineuse, angine scarlatineuse*, admis dans la science, sont bien une preuve du caractère spécial de cette angine, qui peut affecter la forme gangréneuse, diphthéritique ou autre, et s'accompagne toujours d'accidents généraux, diarrhée, fièvre hectique, etc., et qu'on a vus très-souvent causer la mort avant la suffocation. J'ai vu moi-même, chez un homme mort à vingt-cinq ans d'une scarlatine avec éruption miliaire et des accidents très-graves vers la gorge, le larynx présenter une plaque gangréneuse occupant tout le ventricule gauche. Evidemment la nature si grave de cette laryngite tenait à la scarlatine, car les laryngites simples ne se terminent pas

par gangrène, ni par des pustules et abcès comme les laryngites qui accompagnent la variole. M. Cruveilhier, dans son *Anatomie pathologique*, cite une observation d'un cas extrêmement grave de laryngite résultant de l'extension du muguet dans les voies aériennes. Il nous est arrivé souvent, dans le service de M. Trousseau, d'examiner des enfants morts d'entérite, ou d'autre maladie, avec complication de muguet; presque toujours nous avons trouvé des traces de son extension dans le larynx; pourquoi n'en serait-il pas ainsi, la muqueuse buccale ne se continue-t-elle pas avec le larynx comme avec le pharynx? et pourquoi la maladie qui s'étend si souvent à l'œsophage, ne s'étendrait-elle pas au larynx qui fonctionne davantage, est plus irrité et moins accessible aux moyens médicamenteux?

M. Royer-Collard cite trois observations de laryngite avec des aphthes; cette complication a été vue épidémique et avec le caractère adynamique ou ataxique, circonstance à laquelle il faut attribuer l'incertitude des auteurs sur la nature de ces affections; car ils ont pris pour des pellicules gangréneuses les pellicules aphtheuses qui se détachent alors de l'intérieur de l'organe.

M. Louis, dans son travail sur la fièvre typhoïde, dit avoir trouvé ordinairement chez les individus atteints de cette maladie, la muqueuse du larynx à son état normal ou avec un peu de rougeur; trois fois il a vu des fausses membranes dans le larynx de sujets ayant eu quelques symptômes de croup; rarement il a trouvé des ulcérations dans le larynx, et encore il les attribue à l'influence de la peripneumonie qui existait alors. Il regarde comme démontré que les ulcérations sont rares dans la fièvre thyphoïde, et c'est, dit-il, d'autant plus remarquable que les ulcérations sont assez fréquentes autour du larynx, à l'épiglotte, au pharynx, à l'œsophage. M. Louis s'est trop pressé de conclure si généralement; je crois qu'on doit penser, au contraire, que ces ulcérations sont très-fréquentes dans le larynx aussi bien qu'autour de cet organe. La preuve en est que, d'après des observations recueillies à Poitiers, et d'autres à Paris, en 1846, nous avons vu que près du quart des malades de fièvre typhoïde ont offert des symptô-

mes d'aphonie et d'altération marquée dans la voix ; on l'attribuait quelquefois à la faiblesse du malade, mais lorsqu'il venait à succomber on trouvait presque toujours des ulcérations dans le larynx, ou au moins des érosions superficielles, de la rougeur et du ramollissement. N'est-on pas en droit de conclure que si tous les malades qui avaient présenté des altérations de la voix étaient morts, on aurait trouvé les mêmes lésions du larynx ? Mais une preuve plus forte encore, et dont tout le monde admettra la valeur : M. Rokitansky, professeur à Vienne, le premier anatomo-pathologiste de l'Allemagne, dit qu'il a observé, dans beaucoup d'épidémies de fièvre typhoïde, à Vienne, des ulcérations de la muqueuse du larynx au-dessus du muscle transverse et *souvent* aussi sur l'épiglotte ; que ces ulcérations viennent compliquer celles de l'intestin et seulement dans la seconde période de la maladie; elles sont de la largeur d'un pois, à bords arrondis, décolorés, ou avec quelques points noirs, superficielles ou bien allant jusqu'aux muscles et même aux cartilages qu'elles peuvent dénuder et nécroser. Cette lésion du larynx, ajoute-il, est très-souvent liée à la pneumonie ou *à la bronchite spéciale de la fièvre typhoïde.* Si on dit que les ulcérations tenaient à une disposition épidémique ou locale, et non pas à la nature de la fièvre, nous remarquerons au moins que ces dispositions se rencontrent souvent.

Les causes de ces diverses laryngites sont celles des laryngites catarrhales modifiées par l'élément spécifique.

Les symptômes diffèrent plus ou moins et sont en rapport avec les lésions anatomiques de chacune de ces laryngites; il en est de même de leur marche qui suit celle de la maladie qu'elles accompagnent.

Le traitement doit varier avec la nature de chacune : pour les laryngites scarlatineuse, variolique, morbilleuse, il sera celui des laryngites simples, modifié suivant que les complications rapprocheront ces laryngites des cas de laryngites gangréneuse, ulcéreuse et sous-muqueuse. (Voir à ces articles.)

Le traitement des laryngites typhoïdes et de celles qui résultent de

l'extension du muguet et des aphthes, se compose de moyens toniques, astringents ou irritants, topiques utiles dans la maladie première.

La laryngite syphilitique qui paraît aiguë n'est que le début de la phthisie ulcéreuse vénérienne et doit se traiter comme elle.

Restent les angines laryngées résultant d'émanations toxiques ou de l'usage de certains remèdes : elles sont rarement graves, durent en général très-peu, et cèdent facilement, si la cause n'agit plus, par les moyens appropriés. Ainsi les ulcérations de la bouche et du larynx que peut causer l'usage du mercure cèdent en quelques jours à l'usage de quelques astringents.

Les inflammations des muqueuses que déterminent plus souvent l'iode et l'iodure de potassium à hautes doses, chez certains sujets, disparaissent par les émollients.

Les maux de gorge qui accompagnent la colique de plomb, et ceux qui peuvent venir après de fortes doses de narcotiques, tels que la belladone et l'opium, n'ont pas plus de gravité, et sont facilement guéris par des boissons acidulées.

§ 3. *Laryngite gangréneuse.*

Il ne s'agit pas ici de la terminaison accidentelle de l'angine inflammatoire par la mortification, mais bien d'une angine toute spéciale, qui diffère autant par ses symptômes que par sa nature de l'angine simple.

Tous les médecins admettent l'existence de ces angines avec symptômes typhoïdes, putrides; et si les uns croient à la nature gangréneuse des lésions locales, les autres, au lieu d'eschares, y voient des pseudomembranes; mais ce sont deux groupes distincts qu'il faut séparer.

La laryngite gangréneuse, plus rare que l'angine gutturale de même nature, dont elle n'est le plus souvent que l'extension, offre à peu près les mêmes symptômes généraux, et a les mêmes causes : elle est épidémique dans les contrées malsaines, attaque les enfants, les femmes,

les sujets lymphatiques et débilités, et paraît se propager par contagion. Le mal débute par des frissons, vertiges, nausées, menaces de syncope, céphalalgie intense et bientôt douleur à la gorge avec torticolis; tuméfaction et rougeur exanthémateuse du cou; fétidité extrême de l'haleine et des crachats qui sont en général sanieux. Le pouls se montre, dès le début, mou et fréquent, puis il devient petit, irrégulier et plus rapide. La diarrhée, les parotides, les épistaxis et autres hémorrhagies se joignent à cet état; puis se succèdent le délire, la stupeur et le coma. Il n'est pas rare de voir se former des pétéchies, des plaques de pemphigus et de gangrène sur diverses parties du corps, qui accompagnent les eschares développées dans la gorge ou les ulcérations profondes et douloureuses qui les ont remplacées, et sont la preuve d'une altération profonde de l'organisme et du sang, qui ne se coagule pas et ressemble à une gelée verdâtre et diffluente avec un sédiment noir au fond. Le malade meurt en quelques semaines de l'affection générale, s'il a pu échapper dans les premiers jours à la suffocation que déterminent les eschares développées autour de la glotte et le gonflement des replis muqueux qui la ferment.. ou si parfois il guérit, il demeure longtemps dans un état de stupeur et d'affaiblissement, avec déglutition difficile, aphonie ou altération de la voix bien souvent incurables, car elles tiennent aux pertes de substances causées par la gangrène.

Le *traitement* diffère de celui de toutes les autres laryngites : les saignées aggravent la maladie et seraient mortelles. L'émétique et l'ipécacuanha sont utiles pour désobstruer les voies aériennes; mais il faut en même temps soutenir le malade par les cordiaux, les potions toniques et aromatiques, les vins généreux, et s'opposer aux progrès de la gangrène par les gargarismes antiseptiques et les cautérisations par les acides.

§ 4. *Laryngite striduleuse.*

L'angine striduleuse ou faux croup, sur la nature de laquelle on a tant discuté, n'est qu'une laryngite spasmodique qui règne souvent en même temps que le croup, et lui ressemble beaucoup ; mais, contrairement au croup, elle n'est pas épidémique, et se voit plutôt chez les riches que chez les pauvres. La laryngite striduleuse débute en général brusquement vers le soir ou pendant la nuit, par une toux sèche, rauque et très-éclatante. Il y a en même temps un sentiment de suffocation et d'extrême dyspnée; mais bientôt la quinte s'arrête et le calme renaît. Après un intervalle plus ou moins long, reviennent des quintes de même nature, mais moins intenses; la voix reste enrouée, mais forte; très-rarement il y a de la fièvre et de la chaleur à la peau. Cette maladie débute d'une manière plus effrayante que le croup, qui a presque toujours quelque chose d'insidieux; mais elle suit une marche décroissante, tandis que le contraire a lieu dans le croup. La laryngite striduleuse ne s'accompagne pas d'aphonie, d'extinction de la toux, de douleur au larynx, de gonflement des ganglions sous-maxillaires, d'expectoration de débris de membranes; mais, après un ou deux jours, la toux n'est plus striduleuse, l'affection suit la marche du rhume, et se termine comme lui. On ne connaît pas la lésion anatomique de cette maladie ; il n'y a de certain que l'intermittence, phénomène probablement nerveux; cependant M. Bretonneau suppose qu'il y a phlogose et tuméfaction œdémateuse des lèvres de la glotte; mais il faut admettre que, comme on le voit souvent dans le coryza, la muqueuse peut augmenter ou diminuer très-vite de volume.

Cette laryngite peut se compliquer de pneumonie, d'accidents nerveux, et même d'angine couenneuse; le pronostic est alors bien fâcheux, et le traitement, qui d'ordinaire ne se compose que des moyens conseillés contre le rhume et de quelques antispasmodiques, devient plus énergique dans le cas de ces complications; car il faut

s'occuper de la maladie principale, sans faire attention à la toux croupale, qui ne doit engager à modifier en rien le traitement.

§ 5. *Laryngite croupale, croup, diphthérite laryngée.*

Le croup est une inflammation de la muqueuse du larynx, avec production de fausse membrane. Nous ne dirons rien de l'historique cependant si intéressant de cette maladie, et comme nous sommes forcé d'être bref, nous ne dirons des causes et des symptômes que ce qui est nécessaire pour la connaissance de la nature de cette maladie. Les causes sont celles de la laryngite catarrhale aigüe; mais de plus, on sait que le croup affecte spécialement les enfants de un à huit ans, est rare chez les nouveau-nés, et plus rare encore chez les adultes: aussi allons-nous le décrire chez l'enfant, pour revenir ensuite sur ce qu'il offre de particulier chez l'adulte. Toutefois, le sexe masculin, le tempérament sanguin et nerveux avec grande activité vitale, semblent y prédisposer; il en est de même des saisons froides et humides, qui rendent les membranes muqueuses plus susceptibles, surtout dans les cités très-populeuses et les contrées marécageuses, malsaines. Le croup peut être épidémique, et dans ce cas, il est encore plus dangereux, car il devient contagieux, s'il ne l'est pas toujours. Le croup peut succéder à une laryngite muqueuse aiguë quelconque, ou plus souvent à une angine gutturale couenneuse. On a beaucoup discuté sur les caractères du croup; mais M. Bretonneau a démontré que le croup n'est qu'une diphthérite, identique à l'angine couenneuse, ce qui est généralement admis aujourd'hui, et le débat roule seulement sur la nature de la diphthérite. Les uns disent qu'il n'y a qu'une simple inflammation; d'autres, inflammation avec état nerveux, et enfin MM. Bretonneau, Guersant, Trousseau, pensent avec raison que c'est une inflammation *sui generis,* aussi différente d'une phlogose catarrhale que la pustule maligne l'est du zona.

Anatomie pathologique. — Le caractère principal du croup, c'est

la présence d'une fausse membrane, concrétion pelliculaire ou diphthéritique, constituée par la coagulation d'une matière plastique exhalée par la muqueuse, et qui se concrète à sa surface. Elle se présente sous forme de membranes d'un blanc grisâtre ou jaunâtre, offrant assez souvent des taches ou stries de sang, ce qui a fait croire qu'elles étaient organisées. Ces fausses membranes présentent plusieurs différences sous le rapport de leur siége, de leur étendue, de leur forme, de leur adhérence. Elles peuvent occuper tout l'espace compris entre l'arrière-gorge et l'extrémité terminale des bronches, ou le plus souvent les parties supérieures des voies aériennes. Tantôt elles tapissent complétement toutes ces parties, tantôt elles sont par plaques ou par bandelettes longitudinales; leur surface libre est lisse ou inégale comme la surface externe par laquelle elles adhèrent à la muqueuse; une forte adhérence fixe la fausse membrane à la partie supérieure, tandis qu'à la partie inférieure, elle est ordinairement détachée, et flotte en manière de soupape au milieu d'un mucus plus ou moins épais. Dans ces parties, elle devient molle et diffluente; elle est aussi beaucoup plus mince. Dans toute l'étendue de la partie malade, les membranes peuvent se reproduire avec une extrême facilité quand elles sont détachées, ou bien même au-dessus les uns des autres au point de causer l'oblitération du canal. Ces membranes sont formées d'albumine et de fibrine, comme celles des séreuses enflammées, et d'autant plus difficiles à déchirer qu'elles sont plus anciennes. La muqueuse sous-jacente offre la ponctuation ou l'arborisation rouge qu'on voit dans les cas de laryngite catarrhale.

Les ganglions lymphatiques voisins sont souvent rouges, engorgés, ramollis. Les autres muqueuses peuvent aussi présenter des exsudations couenneuses, c'est ce qui fait que le croup peut se compliquer de coryza couenneux, d'angine gutturale, d'œsophagite et de gastrite de même nature; il peut s'en former de même à la surface cutanée, sur les vésicatoires et sur les parties excoriées. Un médecin observateur et prudent sait y voir un avertissement utile pour sauver le malade par un traitement énergique. Dans le service de M. Trousseau, à peu de

jours d'intervalle, deux enfants sont pris de plaques couenneuses, l'un sur les boutons du visage : il meurt quatre jours après d'angine couenneuse; l'autre au menton et à la lèvre : il n'est pas assez fortement cautérisé, le surlendemain il est pris d'un croup qui le fait périr. Tandis que, au mois d'avril 1846, un enfant est présenté à M. Trousseau avec de la diphthérite derrière les oreilles, et rien autre chose : il regarde la gorge et y trouve des fausses membranes sur les amygdales ; l'angine était encore latente, ses symptômes se développèrent bientôt, mais le malade guérit, car un traitement énergique avait été employé à temps. Je ne crains pas d'insister sur ce point, parce qu'il est de la plus haute importance, et je citerai encore un exemple de diphthérite. Le 29 août 1846, sa mère amenait à Necker une fille de neuf mois pour un catarrhe pulmonaire; mais, comme cette enfant présentait une tache d'un blanc jaunâtre sur les petites lèvres, ressemblant à une plaque muqueuse syphilitique, M. Trousseau, grattant avec une spatule, enleva une fausse membrane au-dessous de laquelle la muqueuse était saignante; il déclara dès lors que si on n'arrêtait de suite le mal, cette enfant aurait le croup. Aussitôt la mère se prit à pleurer en disant que son fils aîné avait aussi le croup; on alla s'en informer à l'hôpital des Enfants, où il était entré, et en effet il venait de mourir du croup. Chez notre malade, la diphthérite fut arrêtée par de violentes cautérisations pendant six jours que se renouvelèrent les plaques couenneuses, et l'on sauva l'enfant de cette diphthérite, qui l'eût bien sûr emportée comme son frère, si on n'eût arrêté sa marche. Vers la même époque, il existait presque une épidémie de diphthérite à Paris; j'ai vu encore une fille prise de diphthérite vulvaire, et guérie de même dans le service de M. Guersant, à l'hôpital des Enfants malades.

Symptômes, marche, durée et terminaisons. — Les symptômes du croup peuvent offrir trois périodes distinctes : la première ne présente que les symptômes d'une laryngite catarrhale (voir plus haut), elle dure de deux à cinq jours; elle existe toujours; si on l'a niée, c'est que le médecin n'est appelé qu'après, et que les parents n'ont pas fait attention

aux premiers accidents. La deuxième période présente les phénomènes spéciaux du croup. C'est ordinairement pendant la nuit que le croup se manifeste; l'enfant est réveillé par un accès de toux extrêmement violent, avec suffocation; la toux est bruyante, sonore, rauque et très-variable, mais toujours caractérisée par une résonnance sourde et comme rentrante; c'est la *toux croupale,* qu'on a comparée soit au cri d'un jeune coq, soit aux aboiements d'un chien; quelquefois elle ne ressemble qu'à un essoufflement pénible. L'inspiration est sonore, sibilante, anxieuse, et l'envahissement du larynx par les fausses membranes est marqué constamment par la durée de l'expiration qui devient égale à celle de l'inspiration; un bruissement trachéal masque le bruit respiratoire. Les secousses de toux ne donnent lieu qu'à l'expulsion de mucosités plus ou moins épaisses, quelquefois sanguinolentes. En même temps, la face est rouge, couverte de sueur; le pouls est fréquent, développé; les artères carotides battent avec violence; les veines jugulaires se dessinent, largement distendues par le sang. L'enfant renverse sa tête en arrière, porte les bras en avant: tout, en un mot, accuse une attaque d'orthopnée portée au plus haut degré. Le premier accès n'offre pas toujours la même intensité, mais ces quintes de toux, après s'être répétées avec plus ou moins de fréquence pendant plusieurs heures de la nuit, se calment, et l'enfant finit par se rendormir; mais, à mesure que le sommeil se prolonge, la respiration devient de plus en plus gênée et bruyante, et quelquefois son sommeil est encore interrompu vers le matin de la même manière. D'autres fois il se réveille assez gai, et ce n'est que dans la journée ou le soir que de nouveaux et pareils accidents se déclarent, pour se répéter ensuite avec une intensité et une fréquence toujours croissante pendant les jours suivants. Dans les intervalles, la voix est rauque, puis bientôt complétement éteinte; la respiration est pénible, suspirieuse; l'air, en passant à travers le larynx obstrué, fait entendre un bruit particulier, un *sifflement laryngien* analogue au son que l'on produirait en soufflant dans un tube d'airain; ce n'est d'autres fois qu'un ronflement sonore. Le pouls est fréquent et bat de 120 à 150 fois par minute. La face pré-

sente une teinte de plus en plus livide et plombée, quelquefois d'un jaune de cire; mais c'est surtout pendant les quintes qu'elle exprime l'anxiété à laquelle la malade est en proie. La douleur du cou est vive et continuelle, et quoiqu'elle soit difficile à constater chez les jeunes enfants, on la reconnaît cependant à l'expression de souffrance avec laquelle ils portent à tout instant leurs mains au niveau du larynx, surtout pendant les accès, où ils vous font pitié, vous déchirent le cœur, car ils semblent vous demander, en s'accrochant à vous, d'enlever cet obstacle qui menace de les étrangler.

Après chaque quinte, l'enfant est triste, abattu, fatigué, mais au bout de quelque temps il reprend un peu de gaieté. Ces simples rémissions ont fait penser à tort que le croup pouvait être intermittent. En examinant l'arrière-gorge, on trouve, dans un bon nombre de cas, les amygdales recouvertes de fausses membranes bien caractérisées; l'expectoration peut même en faire rejeter quelques-unes mêlées à des mucosités sanglantes. Mais l'expectoration, surtout chez les jeunes enfants, est nulle, ou quelquefois due aux vomissements qui suivent les quintes; les matières rejetées sont d'abord écumeuses, filantes, et puis floconneuses et gluantes. Une chose assez remarquable, c'est que la déglutition est ordinairement facile. Rien du côté de l'appareil urinaire, rien du côté des centres nerveux; mais, au contraire, les sens ont plus de finesse, l'intelligence est non-seulement conservée, mais encore les facultés intellectuelles et morales semblent plus développées. Cette période dure, terme moyen, de deux à quatre jours, ou plus ou moins.

Mais, vers la fin, la maladie présente toujours une aggravation qui caractérise la troisième période, *période de collapsus*. Tous les symptômes ont augmenté d'intensité; quintes avec accès de suffocation extrême, et alors sifflement trachéal fortement prononcé, anxiété, face bouffie, violacée, lèvres bleues, sueur froide, refroidissement et nuance livide des extrémités. Pendant les intervalles, la dyspnée est continue, l'aphonie complète; la respiration est anxieuse, très-fréquente; l'exploration de la poitrine offre une absence du bruit respiratoire dans quelques points, si un tuyau bronchique est obstrué par des mucosités

ou des membranes, et jamais aucun autre signe, à moins qu'une bronchite ou une pneumonie ne soient venues compliquer la maladie. Le pouls est rapide, très-petit, parfois intermittent; l'abattement est profond et bientôt remplacé par un état comateux. La tuméfaction du cou est devenue très-considérable; dans quelques cas, on a vu la suppuration des ganglions sous-maxillaires engorgés. Cette période se termine presque nécessairement par la mort, qui survient alors par le fait d'une véritable asphyxie progressive, soit au milieu des angoisses d'une quinte violente, soit dans une agonie plus ou moins prolongée. La durée de cette période varie de quelques heures à deux ou trois jours, ce qui donne à la maladie une durée totale de trois à huit, dix, douze ou même quinze jours. Si la guérison arrive, c'est en général au commencement de la troisième période; tous les symptômes diminuent au lieu de s'aggraver, et les membranes sont rejetées le plus souvent. On a pensé qu'elles pouvaient adhérer et faire corps avec la muqueuse; mais il est plus probable que celles qui ne sont pas rejetées sont résorbées.

On distingue quelques variétés dans le croup : ainsi, sans parler du pseudo-croup ni du croup épidémique, sans contredit plus grave que le croup ordinaire, le *croup du larynx* diffère du *croup de la trachée*. Le premier se caractérise par une invasion presque subite, marche des symptômes rapide et intense; prompt développement des accidents spasmodiques; rémittence de courte durée; sensation douloureuse du larynx que la pression augmente d'ordinaire, etc. Le second est annoncé par des symptômes équivoques et pareils à ceux des catarrhes; les rémittences sont plus longues et se changent en intermittences; la voix est mieux conservée; rarement il y a douleur au larynx et à la trachée par la pression; et si la terminaison est fatale, la mort est moins prompte. Souvent la maladie occupe en même temps le larynx et la trachée, et les symptômes sont confondus ensemble; d'autres fois, surtout chez les adultes, les fausses membranes vont jusqu'aux dernières divisions bronchiques.

Ces variétés peuvent se présenter chez l'enfant et aussi chez l'adulte.

Les caractères différentiels du croup des adultes portent: 1° sur le mode d'invasion, qui ne présente que rarement la période catarrhale; 2° sur la marche, qui n'offre pas la même intensité de dyspnée, les mêmes accidents spasmodiques, le sifflement laryngien; 3° et enfin sur la disposition anatomique des concrétions diphthéritiques qui n'oblitèrent pas les voies aériennes et sont très-minces; c'est ce qu'on va voir par les deux observations de croup arrivées à la maternité de Poitiers, pendant mon internat à l'Hôtel-Dieu.

1re OBSERVATION.

Une fille de dix-huit ans, enceinte de sept mois, vint de la campagne à la maternité de Poitiers, au mois de mai 1842: ayant déjà du mal de gorge, elle alla se coucher sur l'herbe à l'ombre d'un mur très-élevé; elle s'y endormit: le lendemain la gorge était très-douloureuse et fut trouvée couverte de fausses membranes. Un traitement des plus rationnels ne put empêcher leur extension dans les voies aériennes, et bientôt tous les phénomènes du croup se déclarèrent; le traitement fut très-actif; des vomissements provoquèrent l'expulsion de fausses membranes, mais elles se développaient sans cesse, et la malade avorta, et dix-huit heures après elle succomba à l'asphyxie. L'autopsie montra le larynx, la trachée-artère et les bronches, dans toutes leurs divisions, doublés d'une fausse membrane formant un tube sans interruption, sans rupture, moule exact de tout l'arbre aérien, flottant partout, excepté au larynx et vers les petits bronches. Elle était très-mince et facile à déchirer, et la muqueuse à peine injectée.

IIe OBSERVATION.

Une domestique de Poitiers, âgée de vingt-deux ans, enceinte de huit mois, avait un catarrhe bronchique depuis quinze jours, lorsque, le 6 avril 1844, elle entra à la Maternité avec une toux plus intense, des

expectorations de fausses membranes et de mucosités sanguinolentes; forte fièvre. Les grands efforts de toux durèrent trois jours; une fois elle faillit suffoquer, mais elle eut la force de chasser la membrane qui oblitérait le larynx. Une saignée n'apporta aucun soulagement; la douleur et la gêne du larynx persistaient; alors, sans craindre de provoquer l'avortement, on prescrivit un fort vomitif, émétique et ipécacuanha. Il détermina l'expulsion de fausses membranes et soulagea beaucoup la malade. Trois fois ce même moyen fut employé en quatre jours, avec vésicatoire sur le sternum et frictions mercurielles, et au bout de huit jours la malade allait mieux. Il n'y avait eu rien dans la gorge on avait cependant cautérisé, comme chez la première malade; et si elle échappa à une mort imminente, c'est grâce aux vomitifs violents qui lui firent rejeter des membranes d'une étendue très-grande; plusieurs avaient deux doigts en largeur et le double en longueur.

Il n'y eut pas de menace d'avortement; l'enfant vint à terme un mois après et très-bien portant; preuve que, dans des cas de cette gravité, la crainte de troubler la grossesse ne doit pas arrêter dans le traitement le plus énergique, car l'asphyxie, plutôt que les secousses, causerait la mort de l'enfant, l'avortement et la mort de la mère aussi.

Diagnostic. — Les détails dans lesquels nous sommes entré, ou dans lesquels nous entrerons en parlant des diverses laryngites, donnent une idée suffisante des maladies qui peuvent compliquer le croup, ou de celles que le croup peut venir compliquer; mais surtout la variole, la scarlatine et la rougeole, ainsi que toutes les maladies des muqueuses et celles de la peau qui leur sont si voisines, à cause de l'analogie de structure entre la peau et les muqueuses, si bien démontrée par M. Flourens.

Il est quelques maladies que l'on pourrait prendre pour le croup: celle qui peut causer le plus facilement cette erreur serait la laryngite striduleuse ou faux croup. Nous les avons distinguées à cet article, nous n'y reviendrons pas. La laryngite aiguë catarrhale en est bien voisine; mais elle s'en distingue par la gêne de la respiration, qui

est continue et ne revient pas par accès ; puis par une expectoration qui ne présente jamais de fausses membranes, et les ganglions cervicaux ne sont jamais engorgés comme dans le croup. L'œdème de la glotte, rare chez les enfants, se distingue du croup par l'expiration courte et facile, et par un chevrotement particulier du cri, au lieu d'une voix croupale. La laryngite chronique, ulcérations et végétations, se distingue par l'absence de fièvre, l'état chronique, et la cause tuberculeuse ou syphilitique et l'âge plus avancé du sujet. La coqueluche, le catarrhe suffocant, la bronchite capillaire, se distinguent par les signes stéthoscopiques qui leur sont propres, par leur nature et leur marche.

Traitement. — Une multitude de moyens ont été proposés contre le croup, et c'est précisément la preuve que bien peu ont une efficacité réelle; nous allons seulement exposer le petit nombre qui nous paraissent d'une incontestable activité.

Antiphlogistiques. — Les émissions sanguines ne conviennent pas dans tous les cas. Dans certaines épidémies les saignées ou les sangsues aggravent le mal, et déterminent souvent la gangrène de la gorge ou des piqûres de sangsues, surtout chez les sujets affaiblis. On peut cependant les employer dans quelques cas contraires, chez les sujets forts, lorsque l'état pléthorique est prononcé et où il existe des prodromes. Des médecins préfèrent même, chez les très-jeunes enfants, les saignées aux sangsues, parce qu'elles semblent mieux prévenir les complications d'inflammation pulmonaire. Nous pensons cependant que chez les enfants, dans le croup non épidémique, les sangsues sont utiles et préférables à la saignée, à cause de l'écoulement modéré et prolongé, et du dégorgement local plus marqué qu'elles déterminent.

Contro-stimulants. — L'émétique à haute dose a été souvent em-

ployé avec succès par les médecins français et étrangers, mais pas anciennement. On le donne ordinairement en potion.

Les mercuriaux sont un moyen des plus utiles; on emploie les frictions d'onguent mercuriel et quelquefois en même temps le calomel à doses fractionnées en poudre, mêlé à du sucre ou de la confiture, de manière que le malade le garde quelques instants dans la bouche. M. Bretonneau pense cependant qu'il faudrait s'abstenir de ce moyen chez les sujets déjà débilités, et lorsque la température est très-froide, parce que dans ces cas le calomel pourrait causer la gangrène. Ces antiphlogistiques sont aidés des boissons émollientes, et surtout des bains tièdes tous les jours une heure ou deux. Ces bains calment la fièvre, les accidents spasmodiques et amènent souvent de longues rémissions; on ne les emploie pas assez en France. Un préjugé les repousse, bien à tort assurément, de toutes les affections des voies aériennes; nous en avons vu cependant des effets très-remarquables dans des maladies très-graves, même dans des fièvres typhoïdes, avec bronchite très-aiguë, et chaleur brûlante à la peau, et le malade si abattu sortait du bain moins faible et plus calme.

Vomitifs. — C'est à l'unanimité qu'on proclame l'efficacité des vomitifs, c'est le principal remède du croup. L'émétique et l'ipécacuanha sont les plus utiles, il faut les répéter très-souvent, et dans toutes les périodes de la maladie, de suite après les saignées. Rarement le sujet a l'estomac trop faible et trop irritable pour ne pas les supporter.

Les *purgatifs,* les *sudorifiques,* les *expectorants,* les *antispasmodiques* et les *narcotiques* ne sont ici utiles qu'au même degré que dans les laryngites aiguës, ou plutôt dans les convalescences de ces maladies.

Les *toniques* peuvent être avantageux dans la dernière période de la maladie, quand les forces sont épuisées et que l'action vitale a besoin d'être réveillée pour suffire aux efforts que nécessite l'expulsion des fausses membranes; les meilleurs sont : l'eau vineuse sucrée, le

quinquina, quelquefois même le vin chaud, dans certaines épidémies malignes.

La médication topique est aussi d'une grande nécessité. Quand la maladie s'étend à l'arrière-gorge, ou a commencé par là, les moyens les plus utiles sont, sans contredit, les fortes cautérisations, faites de la manière que nous indiquerons en parlant de la phthisie laryngée; on les répète seulement bien plus souvent, deux à quatre fois par jour, et on poursuit ainsi les fausses membranes le plus bas possible dans le larynx, pour les détruire et modifier tellement la muqueuse qu'elle n'en reproduise plus. Le nitrate d'argent, l'acide chlorhydrique sont les caustiques préférés. L'alun en poudre, insufflé plusieurs fois par jour sur les parties malades, est un très-bon adjuvant des cautérisations.

Révulsifs cutanés. — Les vésicatoires sont quelquefois utiles, mais seulement sur les côtés du cou, ou à la nuque ou sur la poitrine, en avant ou en arrière; mais dans certaines épidémies ils deviennent l'appel de la gangrène.

La *trachéotomie* est enfin la dernière ressource; il ne faut pas craindre de la pratiquer quand elle est indiquée, car bien des malades périraient infailliblement, et quelques-uns guérissent par elle. Nous ne dirons rien de son histoire, rien non plus du mode opératoire, car il est fort simple; nous nous bornerons à noter quelques précautions minutieuses qui la font mieux réussir, et à énoncer quelques propositions qui caractérisent ce moyen de traitement.

L'existence d'une pneumonie ou de fausses membranes dans la trachée n'est pas une contre-indication de la trachéotomie, car on a vu bien des fois guérir des malades de la trachée, desquels on avait arraché des tubes des fausses membranes. L'opération n'est nécessaire que lorsque le croup est bien constaté, et que la suffocation est imminente; mais il ne faut pas attendre l'asphyxie et une faiblesse trop grande, surtout chez les très-jeunes enfants, car ils mourraient certainement, même après que la respiration serait *parfaite-*

ment rétablie, sans doute à cause de la grave atteinte portée au système nerveux par l'asphyxie, et dont les malades ne peuvent plus prendre le dessus. Nous avons été témoin souvent de ce fait.

La trachéotomie est une opération beaucoup plus facile chez l'enfant que chez l'adulte; on ne la manquerait jamais si, tout en suivant les règles données, on avait le soin : 1° d'inciser la peau en lui faisant un pli, et après avoir marqué très-exactement la *ligne médiane* par une ligne noire; 2° d'aller très-lentement; 3° de n'inciser la trachée qu'après l'avoir bien mise à nu dans toute l'étendue que doit avoir l'incision; 4° de lier ou de pincer les vaisseaux sanguins dès qu'on les a coupés; si on ne peut les écarter à l'aide des nombreuses érignes mousses dont on est muni.

II. LARYNGITE MUQUEUSE CHRONIQUE.

§ 1er. *Laryngite muqueuse chronique simple.*

Les anciens ne connaissaient bien que les angines laryngées aiguës, mais, depuis le commencement de ce siècle, on a fait de beaux travaux, et peu de points sont encore à éclaircir sur les maladies chroniques; c'est ce que nous désirons prouver dans notre résumé.

La laryngite chronique simple tantôt succède à une laryngite aiguë, et tantôt survient spontanément sous l'influence des causes qui font naître la phthisie laryngée.

L'anatomie de cette affection montre une muqueuse rouge et épaissie notablement, avec induration ou ramollissement dans toute l'étendue du larynx ou seulement sur les cordes vocales et les ventricules; les follicules peuvent s'altérer isolément, et offrir des granulations dures dont le sommet est noir, avec ou sans altération de la sécrétion. Les cartilages peuvent s'ossifier comme dans la phthisie laryngée.

Les *symptômes* de cette laryngite sont un sentiment de gêne au larynx, et douleur qui augmente en parlant, voix voilée ou aphonie, toux sèche ou avec expectoration de mucosités pharyngiennes. Cela peut durer longtemps sans symptômes généraux : aussi les malades

négligeant les soins et le traitement, éprouvent de fréquentes recrudescences, et tombent dans un état plus grave; et la maladie, au lieu de se terminer par la guérison, amène à sa suite des ulcérations ou des productions accidentelles.

Le traitement est celui de la phthisie laryngée, du moins quant aux soins hygiéniques et aux moyens généraux et locaux les plus doux.

§ 2. *Laryngite ulcéreuse ou phthisie laryngée.*

C'est une affection chronique du larynx pouvant par elle-même donner lieu à la consomption ou à la mort de quelque manière que ce soit. On distingue quatre espèces de phthisie laryngée.

1° La *phthisie laryngée simple :* rare, et succédant ordinairement à une laryngite aiguë ou chronique; elle peut durer plusieurs mois et guérir. 2° La *phthisie laryngée tuberculeuse :* des auteurs ont pensé que toute phthisie laryngé, à moins qu'elle ne fût syphilitique ou cancéreuse, était la conséquence d'une phthisie pulmonaire; mais il paraît démontré que la phthisie laryngée peut exister aussi indépendamment des tubercules pulmonaires; souvent on la guérit, et il n'y a donc pas de tubercules dans le poumon; d'autres fois, les tubercules ne sont qu'à l'état cru dans le poumon, quoique les ulcérations du larynx aient amené la mort; il est vrai qu'une laryngite chronique négligée peut devenir ulcéreuse, et que, chez les sujets disposés aux tubercules pulmonaires, elle marche avec plus de rapidité, et les laryngites folliculeuses ou aphtheuses doivent passer plus facilement à l'état ulcéreux, sans qu'il y ait des tubercules dans le larynx qui en est rarement atteint; car on a pris pour des tubercules les follicules malades hypertrophiés, ulcérés.

L'*anatomie pathologique* de cette phthisie offre des ulcérations dans les follicules des voies aériennes, se remplissant de matière tuberculeuse, qui se ramollit et amène l'ulcération de l'organe, comme pour les intestins; elle se montre sur toutes les parties du larynx, et surtout à la réunion des cordes vocales; quelquefois elles ne sont que de simples érosions. Dans cette espèce, outre les symptômes de la phthisie

laryngée simple, on trouvera ceux de la phthisie pulmonaire. Les signes stéthoscopiques, la nature et l'abondance de l'expectoration et la rapidité de la consomption distinguent cette phthisie laryngée, dont le pronostic est presque nécessairement funeste. 3° La *phthisie laryngée cancéreuse*, cancer du larynx, est rare, et difficile à distinguer de la phthisie laryngée simple, à moins qu'il n'y ait une tumeur facile à constater et des douleurs lancinantes. Le pronostic est toujours grave. 4° La *phthisie laryngée syphilitique.* Cette forme n'est contestée par personne ; trop de faits viendraient attester sa fâcheuse réalité. Ici, les ulcérations siégent surtout à la partie supérieure du larynx, et se compliquent souvent d'œdème de la glotte; elles sont quelquefois bornées à l'épiglotte, ou envahissent encore les côtés des cartilages aryténoïdes, et varient depuis la largeur d'une amande jusqu'à occuper une grande partie du larynx. On voit souvent l'arrière-bouche et les amygdales couvertes d'ulcérations ou de *cicatrices* qui sont d'une haute importance pour le diagnostic; car dans la tuberculeuse, elles ne se cicatrisent jamais et s'étendent toujours. Il y a aussi souvent une rougeur érythémateuse, ou infiltration séreuse de ces parties, ce qui occasionne une douleur vive, surtout pendant la déglutition. Les commémoratifs sont aussi fort importants pour faire reconnaître la maladie dans les cas douteux. Une circonstance très-remarquable, c'est que les ulcérations commencent par de petites eschares jaunâtres, ou d'une teinte brunâtre plus ou moins foncée; c'est surtout chez les enfants que l'on voit souvent cette forme de laryngite, qui fournit alors la forme croupale, car ces eschares sont comme des concrétions pultacées ou des pseudomembranes. Nous avons eu occasion d'en observer plusieurs cas, et entre autres un dont je vais rapporter l'observation, parce qu'il résume en même temps tous les symptômes qui sont le cortége de la syphilis constitutionnelle chez l'enfant nouveau-né : c'est un vrai croup syphilitique. Sur les parties ulcérées, il se développe souvent des végétations qui rétrécissent les voies aériennes et gênent la respiration: on peut le reconnaître par le toucher sur les bords de la glotte. Le pronostic est moins grave que

dans les cas précédents; car on peut guérir par un traitement spécifique, même les enfants, et presque toujours les adultes.

Croup syphilitique; syphilis constitutionnelle. Mort.

Une fille de trois mois, allaitée par sa mère, entra à l'hôpital Necker le 30 octobre 1846, avec des apparences de santé, force, embonpoint, mais offrant une pâleur sale, déjà bistrée, caractéristique de la syphilis constitutionnelle pour tout médecin qui l'a déjà observée. Depuis quinze jours, sa voix est enrouée et la respiration difficile, puis vers la peau, apparaissent des taches bistrées semblables à des éphélides, d'abord disséminées sur le visage, puis répandues par tout le corps. Les pieds et les mains se sont tuméfiés, l'épiderme devenu luisant, aminci et rouge, s'en détache comme une pelure d'oignon. Bientôt un érythème semblable à celui des pieds se développe plus fort sur les fesses et les parties génitales, gagne le visage, le menton, le tour de la bouche, du nez, les paupières, les sourcils, et dans tous ces points, l'épiderme se fendille, se gerce dans tous les plis, fournit un écoulement séreux, puis des croûtes qui saignent lorsqu'elles tombent, et donnent de nouvelles croûtes ou excoriations, de vraies ulcérations qui, sur les fesses, irrégulières et indurées, ressemblent aux travaux des insectes sous l'écorce des arbres; vers l'anus, la bouche et les narines, deviennent des fissures très-douloureuses; les sourcils et les cils tombent tous, ou deviennent très-rares, et sont remplacés par des plaques noirâtres et sales; en même temps arrive coryza avec écoulement de mucosités sanguinolentes et puis purulente, symptôme invariable et le plus constant de la vérole constitutionnelle. L'affection du larynx fait aussi de tels progrès que dix jours après son entrée à l'hôpital, la voix est éteinte, la respiration sifflante, avec tous les autres signes du croup confirmé. La malade n'a pris que trois bains de sublimé, en même temps la mère prend des pilules d'iodure de mercure, quoiqu'elle n'ait aucun accident appréciable. Et pour aller plus vite, car déjà de vastes eschares remplacent

les taches des fesses et des cuisses, on donne 0.05 de calomel en poudre avec du sucre en 12 prises d'heure en heure; mais la malade meurt de suffocation et des accidents généraux.

L'autopsie, vingt-deux heures après la mort, nous montre la muqueuse du larynx tapissée de fausses membranes ou concrétions pultacées, surtout vers les ligaments aryténo-épiglottiques, où elles sont flottantes et fixées à la muqueuse tuméfiée. On voit au-dessous de longues érosions et un mucus sanguinolent et purulent. Les fosses nasales offrent les mêmes lésions et sont obstruées par ce mucus.

Pour terminer les traits de la syphilis constitutionnelle qui accompagne chez les nouveau-nés ces laryngites, il y aurait à ajouter seulement que cette affection donne aux enfants une figure sénile, une petite figure de vieillard, qu'elle est fréquente dans les deux à quatre premiers mois de la vie, et emporte souvent les malades; mais ceux qui sont pris à temps par les bains de sublimé et les mercuriaux, par le lait de la mère, associés à quelques ferrugineux, peuvent guérir. Il faut pour cela que les désordres n'aient pas fait de grands progrès, que la cachexie syphilitique ne soit pas au degré capable d'altérer le sang, comme on le trouve chez quelques enfants, décoloré, liquéfié, sans presque de globules, et déposant toute sa partie cruorique en un précipité brun.

Les *causes* des laryngites ulcéreuses sont celles des laryngites chroniques; excepté la laryngite syphilitique, les autres ne se développent guère qu'à l'âge adulte, et plutôt chez l'homme et les filles publiques, qui font plus d'excès et sont soumises à plus de refroidissements.

L'*anatomie pathologique* offre des ulcérations sur la muqueuse du larynx, dans les bronches, et surtout autour de la glotte et la face inférieure de l'épiglotte, sur les cordes vocales et à la face interne du cartilage cricoïde. Il peut en exister une ou un plus grand nombre, arrondies ou inégales, irrégulièrement circonscrites, d'un aspect

blanchâtre, ou rouges et grisâtres quand elles sont anciennes. Leur surface est lisse ou rugueuse quand les végétations ont commencé. Elles sont plus ou moins flasques ou indurées, surtout dans la forme syphilitique, où elles sont beaucoup plus profondes et deviennent perforantes à travers les tissus voisins. Le tissu cellulaire, sous les ulcérations, s'indure, puis s'infiltre de sérosités, au point de déterminer souvent les accidents de la laryngite sous-muqueuse; si la mort n'arrive pas, les altérations gagnent les cartilages, qui, sous cette influence pathologique, s'ossifient par des plaques irrégulières embrassant le cartilage sain. Mais en même temps les muscles et les ligaments sont dénudés par le pus, ramollis et puis détruits. Ordinairement le désordre marche vers l'extérieur, et bientôt le pus se fait jour à la peau par des ulcérations et des fistules déchiquetées, qui fournissent bien longtemps le pus venant des cartilages corrodés, cariés ou nécrosés. En même temps, les ulcérations de la partie postérieure aboutissent à l'œsophage, et le pus se fait jour dans sa cavité. La parole et la déglutition surtout sont bien troublées et difficiles.

Symptômes et diagnostic. — Ordinairement la maladie débute d'une manière lente et graduelle : quand les ulcérations commencent, sont encore superficielles et peu nombreuses, le malade éprouve une *douleur locale* au larynx, de la chaleur, de la sécheresse ou un sentiment de gêne, de picotement, de démangeaison, qui augmente par la toux ou la parole. La voix a une raucité permanente et progressive, toux brève plus ou moins aiguë, sèche ou avec crachats liquides, filants, et souvent mêlés de parcelles opaques. Bientôt la douleur locale augmente, plus constante surtout en avalant ; si l'épiglotte est ulcérée, la déglutition est très-difficile, pour les boissons principalement. La voix devient caverneuse ou sifflante, et quelquefois s'éteint complétement. Le plus souvent la respiration est peu gênée, mais si les replis muqueux s'infiltrent, la dyspnée peut égaler par moments celle du croup. Les crachats deviennent plus épais, purulents et mêlés de sang parfois. On a vu des malades rejeter des portions de cartilages nécrosés. Alors le larynx peut être déformé et même offrir sous le doigt une

crépitation qui serait pathognomonique de la nécrose. Il est douloureux au toucher, et surtout si on explore par un speculum. Le toucher par la bouche, quand le malade peut le supporter, est plus utile pour le diagnostic. L'auscultation donne des signes d'enrouement et de murmure respiratoire caverneux.

A ce degré de la maladie, les symptômes généraux sont ceux de la consomption; les téguments pâlissent, les traits s'altèrent par l'amaigrissement, les forces diminuent, le sommeil se perd, la digestion se dérange, il y a vomissement, puis diarrhée, fièvre et sueurs nocturnes, et le malade meurt dans le marasme ou dans un accès de suffocation.

On ne peut confondre la phthisie avec l'asthme, dont le siége est différent; on le peut avec l'œdème de la glotte; mais cette maladie est plus aiguë et les accès de dypsnée sont plus prononcés. S'il n'y avait que simple hypertrophie de la muqueuse, il n'y aurait pas de phénomènes généraux, fièvre hectique. La douleur plus ou moins étendue vers l'œsophage ou vers les bronches donne aussi une idée de l'étendue des parties envahies par les ulcérations.

Traitement. — Le *repos de l'organe* est la condition la plus indispensable pour la guérison; mais comme un silence absolu de quelques mois serait un supplice, il suffira que le malade parle bas.

Les *antiphlogistiques* conviennent spécialement au début; car la phthisie laryngée débutant d'ordinaire par un état aigu, qui passe ensuite à l'état chronique, c'est à combattre cette affection encore peu grave qu'il faudra s'attacher, et pour cela la saignée du bras est plus utile que les sangsues au cou, à moins qu'elles ne soient en grand nombre. Les ventouses scarifiées à la nuque sont encore utiles; mais les émollients humides et chauds autour du cou sont nuisibles par la fluxion qu'ils y appellent. Si la maladie prend une nouvelle intensité, il est nécessaire d'en venir de suite à des médications énergiques, surtout lorsqu'on soupçonne une cause spécifique.

Les *révulsifs*, vésicatoires, frictions stibiées ou de croton tiglium,

sont souvent très-utiles, placés à la partie antérieure du cou, excepté le vésicatoire, qui serait trop gênant, et qu'on place de préférence à la nuque, ainsi que le séton. Cependant M. Trousseau conseille un séton au niveau de l'espace crico-thyroïdien, et des cautères sur les côtés du larynx, et en a tiré de grands avantages.

Les *stupéfiants*, tels que l'extrait de jusquiame et de belladone en frictions, ou les sels de morphine sur les vésicatoires, sont très-utiles, indispensables quelquefois pour calmer les douleurs et la toux si fatigante pour le malade.

La *médication topique* nous offre un ordre de moyens beaucoup plus efficaces et bien autrement utiles; car, d'après une loi qu'il est heureux qu'on admette maintenant, une maladie guérit d'autant plus vite et plus sûrement qu'elle est plus accessible à nos médicaments topiques. Les moyens thérapeutiques qu'on est parvenu à porter sur le larynx, malgré les difficultés qu'opposent son importance fonctionnelle et sa position profonde, sont gazeux, liquides, solides ou pulvérulents. Les *vapeurs humides*, émollientes, narcotiques ou balsamiques, sont respirées par le malade, soit au moyen d'un appareil fumigatoire qui dirige les vapeurs vers sa bouche, ou seulement d'un vase en ébullition au-dessus duquel il se place de temps en temps, ou mieux encore en faisant dégager ces vapeurs dans l'appartement du malade d'une manière permanente. Il peut respirer les vapeurs sèches en fumant les substances en cigarettes; mais ces vapeurs, utiles parfois, ont l'inconvénient d'aller irriter la muqueuse pulmonaire.

Les *médicaments liquides* sont portés sur la muqueuse du larynx sans risquer d'irriter la trachée ou les bronches. M. Trousseau, à qui l'on doit d'avoir fait admettre l'usage de ces médicaments pour le larynx, ne craint pas de porter dans le larynx des solutions caustiques de nitrate d'argent, sulfate de cuivre, sublimé, nitrate acide de mercure. Le nitrate d'argent est le médicament qu'il préfère, à cause de la rapidité de son action et de son innocuité constante. Il se sert d'une solution au tiers ou quart, et cautérise de diverses manières : 1° au moyen d'une flèche de papier imprégnée de la solution, si les ulcéra-

tions sont à la partie supérieure du larynx; 2° quand il veut cautériser profondément et largement le larynx, c'est au moyen d'une éponge imbibée de solution et fixée à l'extrémité d'une baleine recourbée à un pouce de son extrémité; 3° on pourrait aussi employer une petite seringue terminée par un siphon recourbé, et qui permet de porter une pluie fine de solution sur le larynx. Le malade éprouve une toux et des régurgitations qui le débarrassent de toute la solution en excès; on lui fait d'ailleurs avaler une solution d'eau salée, qui décompose le reste du caustique qui pourrait être avalé. Quand on a pratiqué soi-même ou vu pratiquer quelquefois ces cautérisations, on se fait une idée de l'innocuité et du peu de douleur qu'éprouvent les malades; j'en ai vu supporter une pareille cautérisation tous les deux jours, pendant plusieurs semaines, et ne rien changer à leur manière de vivre, à leurs occupations; mais l'opérateur avait soin de ne pas toucher la muqueuse de la langue ni de la bouche; car, dans ces parties comme à la peau, la cautérisation est très-douloureuse, tandis qu'elle le devient moins à mesure que l'on opère sur des points plus éloignés des orifices.

Les *topiques pulvérulents* sont portés ordinairement sur le larynx au moyen d'un long tube de verre ou de roseau (si le malade est un enfant indocile), à une extrémité duquel on place le médicament, et on insuffle par l'autre extrémité. On peut employer la poudre d'alun, de sulfate de zinc, calomel, acétate de plomb, etc., poudres que l'on mélange le plus ordinairement avec du sucre. Souvent ces topiques portés sur le pharynx suffisent pour amener la guérison du larynx. C'est précisément dans le cas où la maladie s'était propagée d'un organe à l'autre; car alors la guérison se propage de même, et les médicaments en gargarisme ou autrement sont bien plus faciles à porter sur le pharynx. Le porte-caustique de M. Quotard est aussi très-utile.

Le *soufre*, les eaux sulfureuses de Bonnes, de Cotterets, ont souvent amené la guérison de phthisies laryngées.

L'*iode* et le *mercure* sont encore des médicaments fort actifs, très-utiles quelquefois. Mais les mercuriaux surtout sont des moyens hé-

roïques dans les laryngites syphilitiques. Il faut se hâter d'employer le traitement général de la syphilis en même temps que les fortes cautérisations et les insufflations de calomel dans la gorge, même chez les jeunes enfants; car, sans cela, le malade mourrait de sa vérole constitutionnelle, après les accidents les plus horribles.

Autrefois on ne pratiquait la trachéotomie que pour des cas de maladies aiguës; mais de nombreux succès obtenus depuis plusieurs années, dans des cas désespérés d'asphyxie imminente, ont démontré que cette opération est une ressource précieuse, qui, en donnant le temps d'agir contre la maladie chronique du larynx, devient le vrai moyen qui sauve le malade.

§ 3. *Productions accidentelles du larynx.*

Ces productions sont des polypes fibreux ou muqueux prenant assez souvent naissance aux environs de la glotte, qu'ils peuvent finir par obstruer de manière à donner la mort par suffocation; des végétations syphilitiques, des tumeurs cancéreuses ou de nature tuberculeuse, des hydatides, etc. Il y a des observations de toutes ces productions : dans la plupart des cas elles ont amené les symptômes de la phthisie laryngée, moins peut-être le dépérissement, sentiment d'un corps étranger dans le larynx, qui porte à cracher continuellement, et qu'on peut reconnaître par l'auscultation à une sorte de murmure plus bruyant que de coutume, un cri particulier entendu surtout pendant l'inspiration et la faiblesse, ou l'absence du bruit respiratoire dans la poitrine; il y a aussi dypsnée plus ou moins intense suivant le volume du corps étranger, voix voilée ou aphonie, etc.

Traitement. — On emploie d'abord les moyens conseillés contre les ulcérations laryngiennes; mais si on a échoué, et que l'asphyxie soit imminente, il faut avoir recours à la trachéotomie, et alors si on reconnaît une production telle qu'un polype, une végétation, on peut les déraciner, cautériser, et guérir ainsi le malade.

III. LARYNGITE SOUS-MUQUEUSE.

§ 1er. *Laryngite sous-muqueuse aiguë.*

L'inflammation, au lieu d'envahir la surface ou le tissu de la muqueuse, peut affecter le tissu cellulaire subjacent; alors les produits de l'inflammation, n'étant pas évacués, mais déposés dans les mailles de ce tissu, peuvent causer des phénomènes de suffocation aussi graves que le croup le plus aigu. Or, la laryngite sous-muqueuse peut affecter la région sus-glottique ou la région sous-glottique, et donner lieu à deux maladies distinctes.

1° La *laryngite sus-glottique*, ou œdémateuse, ou œdème de la glotte, consiste en une infiltration des replis aryténo-épiglottiques; elle est primitive ou consécutive. Dans le premier cas, elle constitue une affection essentielle, dont les causes sont les mêmes que celles de la laryngite catarrhale, attaquant surtout les individus affaiblis par une maladie antérieure grave. La laryngite consécutive se montre quelquefois à la suite d'une angine tonsillaire ou pharyngite, qui s'est propagée par voie de contiguïté jusqu'à la muqueuse des ligaments aryténo-épiglottiques; mais c'est surtout à la laryngite chronique ou à la phthisie laryngée qu'on la voit succéder. La moitié au moins des cas de laryngite sus ou sous-glottique arrivent chez des individus qui souffrent depuis longtemps, ont les cartilages du larynx cariés, et la muqueuse criblée d'ulcérations de nature syphilitique, tuberculeuse ou autre. L'œdème actif ou passif que ces altérations y appellent n'est, pour ainsi dire, qu'un épiphénomène, mais souvent plus redoutable que la maladie elle-même. L'œdème de la glotte s'observe très-rarement chez les enfants; on le voit cependant quelquefois chez les enfants faibles, mais l'inflammation est si peu tranchée qu'on la reconnaît difficilement: on sait seulement que ces enfants ont souvent en même temps un œdème des autres parties du corps, et un cri fort irrégulier,

presque toujours voilé, incomplet et saccadé comme le bêlement d'une chèvre. C'est ce qui a fait dire que cet œdème, n'étant qu'une espèce d'hydropisie, n'était pas inflammatoire.

Anatomie pathologique. — De l'infiltration du tissu cellulaire résulte un engorgement, une déformation de la partie la plus élevée du larynx, qui est tellement rétrécie que les replis muqueux se touchent presque bord à bord; ils sont mobiles, tremblotants, élastiques; les ventricules peuvent être effacés et se trouver au niveau des lèvres de la glotte. L'épiglotte est soulevée, dure, infiltrée, arrondie, pâle, ou quelquefois d'un rouge livide. Du reste, le pharynx, la base de la langue, les piliers du voile du palais, la luette, etc., peuvent participer à la phlegmasie ou à la congestion séreuse, ce qui éclaire le diagnostic. Enfin, la cavité intérieure du larynx est tapissée de mucosités épaisses, filantes, incolores ou jaunâtres. Les altérations intimes sont en rapport avec la rapidité des accidents : si la mort a été prompte, les bourrelets épiglotti-aryténoïdiens sont mous et demi-transparents, infiltrés de sérosité limpide, la muqueuse est décolorée et sans inflammation, il y a *œdème;* si la mort a été moins prompte, le liquide infiltré est séro-purulent, plastique, difficile à exprimer du tissu cellulaire (*angine laryngée œdémateuse*). La mort a-t-elle été moins prompte encore, le liquide infiltré est du pus véritable, c'est l'*angine laryngée purulente.*

Si le malade a vécu plus longtemps, on trouve du pus rassemblé en petits foyers, les cartilages aryténoïdes privés de leur périoste, les muscles infiltrés de sérosité et de pus, les cartilages nécrosés, les ganglions lymphatiques voisins infiltrés également, et aussi parfois les plans de tissu cellulaire de la région cervicale antérieure.

Symptômes, marche, diagnostic et pronostic. — Cette laryngite ne s'accompagne pas de réaction fébrile, ni de rougeur, ni de fausse membrane à la gorge; mais la voix est rauque comme celle d'un homme qui parle en aspirant, il y a quelques efforts de toux, qui

bientôt sont plus multipliés, douloureux, et accompagnés de difficultés dans l'inspiration. Après quelques jours, ou tout à coup, un accès de suffocation se déclare, l'inspiration sonore et clangoreuse n'a lieu qu'avec une peine extrême, ce qui s'explique par la lésion des ligaments qui s'appuient l'un contre l'autre pendant l'inspiration, font soupape pour se relever et laisser l'expiration presque libre; la voix est aiguë stridente, ou voilée et caverneuse. Le malade se tient sur son séant, la tête renversée en arrière, s'accrochant à tous les corps solides; sa face est pâle, inondée d'une sueur froide et gluante; les lèvres violettes, le pouls fréquent, misérable : ce premier accès de suffocation dure quelques minutes, laissant après lui la respiration plus gênée, surtout pendant le sommeil; et de nouveaux accès reviennent de plus en plus rapprochés.

Les signes de l'asphyxie se manifestent sans que l'auscultation ni la percussion fassent connaître aucun son anormal dans la poitrine, et en même temps la maladie se propageant au pharynx et à l'œsophage, comme dans bien des laryngites graves, la déglutition devient difficile et quelquefois même impossible; les boissons sont rejetées par les fosses nasales. Le malade est en proie à une anxiété inexprimable, et puis à un assoupissement comateux du plus fâcheux augure, car le malade succombe au bout de quatre à cinq jours, dans un accès, ou au milieu d'un calme apparent; ou bien la marche est plus rapide, et la maladie, qui a débuté sans prodromes, par une violente attaque d'orthopnée, peut se terminer par la mort en quelques heures. Malgré cette gravité de la maladie, il est cependant des cas où, par un traitement énergique dès le début, on a obtenu la guérison.

La cause du gonflement de la glotte établit la différence du pronostic : s'il dépend d'une phlegmasie aiguë, il s'ajoute à la laryngite, et si le malade résiste à la suffocation immédiate il guérira, mais s'il se lie à une altération profonde, une phthisie laryngée, le malade n'aura, le plus souvent, échappé à un péril imminent que pour succomber à une nouvelle atteinte. Ce que nous avons dit de l'anatomie pathologique de cette affection démontre bien sa nature inflammatoire

plus ou moins aiguë ; mais l'inspection directe de l'organe malade le prouve aussi et sert beaucoup au diagnostic : ainsi, en regardant l'arrière-gorge, on trouve le voile du palais, les amygdales et la paroi postérieure du pharynx intactes ou malades ; mais la muqueuse qui revêt l'épiglotte, et surtout le repli muqueux qui l'entoure, participant toujours à la maladie et pouvant être vue par une exploration convenable dans une partie de sa hauteur, cette lamelle mobile révèle, par son infiltration, sa pâleur ou sa rougeur, l'état de la région sus-glottique du larynx ; le doigt de l'observateur peut toucher le bourrelet mollasse de la glotte ; mais ce moyen d'exploration, qui est si utile dans les cas des laryngites sous-muqueuses chroniques, ne l'est pas souvent dans les cas aigus, il provoquerait des angoisses et des accès de suffocation : il faut s'en abstenir.

Cette affection ne peut être confondue avec les accès de suffocation tenant à une maladie du cœur ou du poumon ; les signes de l'auscultation font éviter l'erreur. L'asthme diffère de l'œdème de la glotte par sa chronicité, et l'obstacle à la respiration placé vers le poumon au lieu d'être au larynx. Nous l'avons déjà distingué du croup, il ne resterait plus à détruire d'autre cause d'erreur que celle qui peut venir de la compression du larynx par un anévrysme ; mais les commémoratifs, la marche lente de la maladie, la durée plus considérable de la suffocation, et les signes du côté des gros vaisseaux dans l'anévrysme, lèvent tous les doutes.

Traitement. — On doit combattre l'inflammation quand elle est bien déclarée : et pour cela les moyens sont ceux employés contre les laryngites inflammatoires dans une juste proportion. Et puis si on n'a pu entraver la marche de la maladie par ces premiers moyens, ou que la laryngite œdémateuse soit consécutive à la phthisie laryngée, il faut rétablir mécaniquement la respiration, soit en allant comprimer avec le doigt les bourrelets œdématiés pour en diminuer l'infiltration, mais ce moyen n'est possible que dans le cas d'une hydropisie passive ; soit en employant une sonde laryngienne, si son introduction n'irrite

pas trop et ne cause pas d'accident. M. Lisfranc a conseillé des mouchetures pour faire écouler la sérosité; mais elle est souvent épaisse et l'inflammation s'oppose à sa sortie par les incisions. Enfin, la laryngotomie offre la seule puissante ressource, et encore ne faut-il pas attendre trop longtemps à la pratiquer, car la mort surviendrait, malgré l'entrée libre de l'air dans les poumons, si l'asphyxie avait fait trop de progrès pendant les premiers accès de suffocation.

2° La *laryngite sous-glottique:* elle est rare et se caractérise par l'inflammation aiguë du tissu cellulaire sous-muqueux de la région sous-glottique du larynx: elle a pour résultat la nécrose du cartilage cricoïde, nécrose qui est généralement regardée, de même que celle des autres cartilages du larynx, comme l'effet d'une inflammation chronique, et plus particulièrement de la phthisie laryngée: le pus s'accumule autour du cartilage, soulève la muqueuse du larynx et rétrécit la cavité. Le pus peut se faire jour dans l'œsophage, de même que la portion du cartilage nécrosé, et peuvent être rendus par les vomissements. Ils peuvent sortir à l'extérieur par des fistules, comme nous l'avons vu en traitant de la phthisie laryngée: ou bien arriver dans le larynx à travers les muscles et la muqueuse, et donner lieu aux accidents des maladies chroniques du larynx. On a vu des cerceaux de la trachée, des cartilages ossifiés être ainsi expulsés dans des efforts de toux, et les malades guérir facilement après avoir été en proie à tous les accidents de la phthisie laryngée la plus intense.

Les *symptômes* de la laryngite sous-glottique sont d'ailleurs ceux de la suffocation par rétrécissement du larynx, mais moins graves que dans la laryngite sus-glottique, en raison de la moindre susceptibilité d'infiltration de ces parties, et de la plus grande capacité du larynx en ces points. La maladie est moins rapidement mortelle et peut devenir chronique. La douleur occupe une partie plus inférieure du larynx, et la gêne de la déglutition est moindre que dans la laryngite sus glottique: d'ailleurs une gêne constante dans la respiration, des accès de suffocation, dont la cause réside évidemment dans le larynx, des

quintes de toux sifflante, avec décomposition des traits, asphyxie imminente, et la mort pendant un accès : tout cela peut caractériser une laryngite sous-glottique.

Le *traitement* est absolument le même que celui de la laryngite sus-glottique, et dans le cas d'insuccès des premiers moyens, il importe d'avoir recours à la laryngotomie, ou plutôt la laryngo-trachéotomie.

§ 2. *Laryngite sous-muqueuse chronique.*

C'est une variété très-rare, elle a été établie par M. Cruveilhier, qui en a fait une forme particulière; mais pour nous qui l'avons considérée toujours comme une affection syphilitique du larynx, plus profonde que la laryngite ulcéreuse, et dont les ulcérations, cicatrisées avec le temps, se seraient indurées à leur base et ralenties dans leur marche; cette affection guérit par les mêmes moyens que la phthisie laryngée vénérienne; seulement on doit continuer plus longtemps le traitement antisyphilitique, car elle a duré longtemps et causé bien des désordres pour devenir ainsi chronique et si profondément fixée. Nous avons déjà vu qu'elle se terminait le plus souvent par des caries et des fistules; nous n'y reviendrons pas.

IV. NÉVROSES DU LARYNX OU ANGINES LARYNGÉES NERVEUSES.

Les névroses du larynx sont rares; mais il en existe d'idiopathiques et plus souvent de symptomatiques.

Les névroses idiopathiques ou spasmes de la glotte qu'on observe presque exclusivement chez les enfants, sont caractérisées par des accès violents de suffocation, avec des intervalles pendant lesquels tout rentre dans l'ordre, sans toux ni irritation laryngienne; les narcotiques et les antispasmodiques guérissent bien ces affections. Mais M. Louis a vu mourir une femme dans un accès de spasme de la

glotte. Au mois de mars 1846, nous avons vu un enfant pris, pendant la visite, d'une convulsion clonique, devenir roide, immobile, ne pas respirer, car tous ses muscles étaient contractés jusques aux constricteurs de la glotte, et mourir en deux minutes, au moment où on croyait l'accès terminé, et qu'il allait respirer. Chez cette femme et chez cet enfant, on n'a pu constater la moindre lésion au larynx, ils étaient morts par la simple occlusion momentanée de la glotte, et presque jamais la maladie ne tient à l'état du thymus.

Les névroses symptomatiques se rencontrent dans les maladies du larynx, et de l'axe cérébro-spinal; le spasme de la glotte n'est alors qu'une partie de la maladie, une convulsion locale liée à l'état convulsif général.

Ainsi, dans certaines attaques d'hystérie, ou dans une sorte de chorée du larynx, on a vu des contractions spasmodiques et des mouvements convulsifs, faisant pousser des cris bizarres, des sortes d'aboiement. Qui est ce qui n'a pas vu des enfants sujets à cette infirmité? Les Allemands et les Anglais ont décrit, sous le nom d'*asthme thymique*, une affection avec suffocation, et quelquefois terminée par la mort, mais qui ressemble beaucoup à notre laryngite striduleuse ou spasmodique; névrose simple du larynx, qui, comme l'aphonie, qui succède à une émotion vive, n'est qu'un phénomène purement nerveux.

Dans ces névroses du larynx, ces spasmes de la glotte, les opiacés et surtout la belledone sont très-utiles; les soins hygiéniques propres aux affections nerveuses sont aussi bien indiqués.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — De la diminution et de l'augmentation de pression atmosphérique sur une grande partie du corps.

Chimie. — Des caractères distinctifs des sels de cuivre.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques dont le jalap, le turbith et la scammonée sont la base.

Histoire naturelle. — Des caractères de la famille des colchicacées; indication des agents qu'elle fournit à la thérapeutique.

Anatomie. — Des muscles qui concourent aux mouvements du voile du palais.

Physiologie. — Des rapports de l'embryon avec la vésicule ombilicale.

Pathologie externe. — Des abcès développés dans le voisinage de l'anus.

Pathologie interne. — Des effets et des signes des rétrécissements et des oblitérations des veines.

Pathologie générale. — Des altérations de composition que l'urine peut éprouver dans les maladies.

Anatomie pathologique. — De l'invagination.

Accouchements. — De l'avortement.

Thérapeutique. — Existe-t-il des médications qui donnent aux garde-robes et aux urines une coloration particulière ?

Médecine opératoire. — De l'amputation partielle du pied dans la région tarsienne.

Médecine légale. — Des maladies qui constituent un danger pour la société, et des prévisions de la loi contre ce danger ; loi des aliénés et de la législation sanitaire proprement dite.

Hygiène. — Du méphitisme des égouts ; des accidents qui en résultent.